FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N° 1041

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques LEVY

né le 26 Octobre 1931 à MARNIA (Algérie)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

L'ASSOCIATION VIADRIL DIP-DOL COMME ANESTHESIQUE DE BASE EN CHIRURGIE O. R. L. MAJEURE

Président : M. AUBRY, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V[e]

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553823_0016

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961 — N° _

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques LEVY

né le 26 Octobre 1931 à MARNIA (Algérie)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

L'ASSOCIATION VIADRIL DIP-DOL COMME ANESTHESIQUE DE BASE EN CHIRURGIE O. R. L. MAJEURE

Président : M. AUBRY, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V[e]

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

1-10-1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . **Léon BINET.**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . **Jean VERNE.**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	ETTORI (J.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
» » (Prof[r] à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	N.
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (C.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	N.
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	N.
Embryologie	GIROUD (A.)
» (Prof[r] à titre personnel)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Histologie	VERNE (J.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
» » (Profr à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
» (Profr à titre personnel)	BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
» » (Profr à titre personnel)	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
» (Profr à titre personnel)	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	BINET (L.)
» (Profr à titre personnel)	BARGETON (D.)
» (» »)	PARROT (J)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
» » (Profr à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	LÉGER (L.)
Thérapeutique	CONTE (M.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSER (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A).
Hygiène	BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) pr. s. ch. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.)
	MANDE (R.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	ROSSIER (A.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
	KELLERSHOHN

	MM.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.)
	CHAPUT (Mme A.), m.c. agr.
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.)
	ALELINE (A), pr. s. ch.
	HUGUIER (J.)
	OLIVIER (C.)
	PADOVANI (P.)
	POILLEUX (F.)
	ROUX (M.)
	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	DOMART (A.)
	PERRAULT (M.)
	RAMBERT (P.)
	THIEFFRY (S.)

	MM.
Clinique obstétricale	GRASSET (J.)
	MAYER (M.)
	RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)
Secrétaires . . . . . Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)

Conservateur en Chef . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme,

A ma Fille;

A mes Parents ,

A ma Famille

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur M. AUBRY

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique

qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous lui adressons ici l'expression de notre vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur GUILMET

Médecin-Adjoint des Hôpitaux de Paris

qui nous a initié à l'anesthésiologie avec beaucoup de bienveillance,

qui nous a inspiré ce sujet de thèse et guidé avec une constante sympathie.

qu'il trouve ici l'expression de nos vifs remerciements et de notre profonde gratitude.

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ET

DES HOPITAUX DE PARIS

L'ASSOCIATION VIADRIL DIP-DOL

COMME ANESTHESIQUE DE BASE

DE CHIRURGIE O.R.L. MAJEURE

oOo

P L A N

I - Introduction

II - Historique de l'emploi du Viadril

III- Pharmacologie du Viadril, du Dip-Dol et du Nozinan

IV - Impératifs techniques de la chirurgie du cou

V - Techniques d'utilisation

VI- Observations

VII- Tableaux synoptiques

VIII- Conclusions

IX - Bibliographie

oOo

Nous remercions Mademoiselle NGHI, Attachée d'Anesthésie, de nous avoir communiqué des observations.

Nous remercions les Laboratoires CLIN-COMAR de la bienveillance qu'ilsnous ont témoignée

INTRODUCTION

Les problèmes posés par l'anesthésie en O. R. L. ont été longtemps résolus de façon univoque par les infiltrations locales ou locorégionales. Aujourd'hui encore on ne peut dire que les procédés d'anesthésie générale aient emporté la conviction de tous les praticiens.

Dans le travail présenté on s'est efforcé de rechercher une technique adaptée aux interventions majeures pratiquées en O.R.L. , donnant le confort à l'opérateur et la sécurité à l'opéré.

Nous rappellerons au cours de notre exposé les impératifs qui se trouvent ainsi posés.

Faisant appel aux données classiques de l'anesthésie avec intubation trachéale et aux règles de la ventilation et de l'oxygénation, nous avons seulement tenté, au cours de notre pratique, de faire varier de façon bénéfique le choix et la posologie des drogues.

A la recherche de l'équilibre "Sommeil - antalgie-myorésolution - protection neurovégétative", on a fait appel à l'hydroxydione pour se substituer ou relayer les barbituriques comme narcose de base ; au cocktail Diparcol-Dolosal pour l'analgésie en cours d'intervention ; aux caïnes ou aux ganglioplégiques comme appoint contre le saignement et les incitations des zones réflexogènes.

Il nous parait certain que c'est dans cette voie que les progrès de l'anesthésie générale en O.R.L. permettront de l'imposer.

Il est permis de penser que les découvertes pharmacologiques autoriseront progressivement le recours à un nombre restreint de produits, dans la mesure où leur polyvalence et leur maniabilité répondront sous une même formule aux besoins divers.

Jusqu'à nouvel ordre, il parait indispensable de mettre l'accent sur la nécessité de limiter les effets toxiques des drogues utilisées et d'en équilibrer les relations.

Récusant le sommeil prolongé des hypnotiques utilisés trop largement ; la dépression des antalgiques à forte dose : l'hypotension même "contrôlée" des ganglioplégiques en tant que technique de base, nous exposerons

"les compromis" auxquels nous nous sommes attachés, sans que le chirurgien et l'opéré aient paru en pâtir.

Nous verrons donc successivement l'historique et la pharmacologie de l'hydroxydione puis brièvement la pharmacologie de la lévomépromazine et du dip-dol.

Après avoir rappelé les impératifs de cette chirurgie du cou, nous indiquerons les techniques que nous avons employées et nous analyserons les observations.

Enfin, nous ferons une analyse des résultats obtenus et cela nous permettra de tirer les conclusions de notre travail.

oOo

HISTORIQUE

Les recherches de SELYE sur les phénomènes "de stress et d'adaptation" l'avaient amené à étudier différentes hormones produites par le cortex surrénal. Il constata que certains corps stéroïdes possédaient une activité hypnotique indiscutable. Ainsi mit-il en évidence en 1941 l'action narcotique de la désoxycorticostérone et du pregnandione sur le rat.

En 1950, LABORIT chercha à réaliser des hibernations "hormono-ioniques" en essayant de tirer profit des qualités narcotiques et potentialisatrices de ces corps stéroïdes.

Mais, ce pouvoir anesthésique paraissait lié à une loi : "Tous les composés exerçant une activité hormonale étaient capables de produire l'anesthésie tandis que les composés dénués d'action narcotique étaient également privés de pouvoir hormonal".

Ce n'est qu'en 1955, que LAUBACH, PAN et RUDEL purent trouver les applications pratiques de constatations de SELYE. Dans une publication, ils annoncèrent la découverte du succinate sodique du 21 hydroxy pregnandione commercialisé sous le nom de Viadril. Ce stéroïde était un narco-analgésique dénué d'action hormonale.

Les premiers essais chez l'homme furent faits par GORDAN et ses collaborateurs. Leurs résultats furent rendus publics au XXè anniversaire du Collège International des Chirurgiens.

Au même moment, en 1955, SELYE confia la formule du produit à LABORIT, et une étude pharmacologique et clinique fut entreprise par LABORIT et HUGUENARD.

Depuis, lors, une floraison de travaux cliniques, pharmacologiques et biologiques a vu le jour, aussi bien en France qu'à l'étranger, et la bibliographie qui terminera cette thèse ne sera qu'un mince reflet de cette somme considérable de travaux.

oOo

PHARMACOLOGIE

PHARMACOLOGIE DU VIADRIL

Elle sera réduite en raison des nombreux travaux qui lui ont été consacrés et nous ne donnerons que les caractéristiques essentielles.

- Au point de vue physique, le Viadril se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, cristalline, soluble dans l'eau. Son poids molléculaire est de 432. Son Ph. est alcalin de 8,5 à 9,8.

- TOXICITE : la D.L. 50 sous-cutanée, chez la souris , est de 310 mg/kg ; alors que la D.L. 50 du penthiobarbital est de 80 mg/kg. L'index thérapeutique de l'hydroxydione est donc trois fois plus grand que celui de ce barbiturique. Quant à la dose thérapeutique on admet qu'elle est de 20 mg/kg, c'est dire que l'on est très loin de la dose toxique.

- ACTION GENTRALE :

. C'est un narcotique , avec des effets surtout corticaux comme a pu le montrer l'E.E.G.

. L'action analgésique est discutée.

. Fait certain, il donne une amnésie, et l'intensité des effets centraux est variable d'un malade à un autre.

- ACTION SUR LE SYSTEME NERVEUX VEGETATIF :

1 - Le Parasympathique :

. L'excitabilité vagale n'est pas influencée par 25 mg/kg I.V..chez le chien.

. Les effets tensionnels de l'acétylcholine ne semblent pas modifiés.

. La sialorrhée et le larmoiement sont signalés en l'absence de prémédication atropinique.

. Les réflexes laryngés et pharyngés sont diminués.

2 - L'Orthosympathique :

. Les réponses hypertensives à l'excitation du bout central du vague, à l'occlusion bicarotidienne, à l'injection d'adrénaline,de noradrénaline, ne sont pas modifiées.

- ACTION SUR LE SYSTEME RESPIRATOIRE

CHEZ LE CHIEN, l'injection I.V. rapide et massive peut

provoquer une apnée sans gravité si l'on maintient l'hématose par la respiration artificielle.

CHEZ L'HOMME, aux doses habituelles 1 g injecté par voie I.V. lente (en perfusion), ou rapide, on observe ni modification respiratoire, ni dépression respiratoire. Par contre, et il faut y insister, des effets dépresseurs peuvent apparaître, et s'exagérer jusqu'à l'apnée par l'administration préopératoire de morphinomimétiques (GOLD BLAT)

- ACTION CARDIO-VASCULAIRE

CHEZ LE CHIEN :

. L'injection I.V. rapide de doses faibles entraîne : une chute de la T.A. brutale et passagère non influencée par l'atropine.

. Par ailleurs, on ne constate pas d'action ganglioplégique. Il n'y a pas d'inhibition par ce produit de l'effet nicotinique de l'acétylcholine chez le chien atropinisé.

. Enfin, il présente une tachycardie sinusale.

CHEZ L'HOMME :

. L'hypotension obtenue est légère, inconstante, exceptionnellement dangereuse.

. Il y a une baisse de la pression systolique.

. Il y a une accélération du pouls,

. Une réduction légère du débit cardiaque.

. La pression veineuse est augmentée.

- AUTRES ACTIONS

On ne note pas de trouble de l'hémostase.

Il n'y a pas de modification de la diurèse.

L'équilibre ionique n'est pas modifié et il n'y a pratiquement aucune action métabolique.

Au total, de ces différentes actions pharmacologiques, nous retiendrons surtout :

. Outre son action narco-analgésique,

. Sa faible toxicité,

. la diminution des réflexes laryngés et pharyngés,

. l'absence de dépression respiratoire,

. l'accélération du rythme et l'hypotension fréquentes, légères, mais inconstantes.

PHARMACOLOGIE DE LA LEVOMEPROMAZINE (Nozinan)

- ACTION CARDIO-VASCULAIRE

. La tachycardie est rare et le plus souvent, il n'y a aucune action sur le rythme.

. La chute de la T.A. est modérée ; elle est d'autant plus importante que la T.A. était élevée auparavant.

. La vasoplégie est légère.

ACTION RESPIRATOIRE

. La respiration n'est modifiée ni dans son amplitude, ni dans son rythme, ni dans sa

fréquence.

. La sensibilité bronchique est diminuée.

. La tolérance du tube est excellente et les sécrétions bronchiques sont considérablement réduites.

- ACTION SUR LE SYSTEME NERVEUX CENTRAL

. C'est un léger analgésique.

. Il déprime fortement l'activité psycho-motrice, ce qui en fait un remarquable potentialisateur de la narcose.

- ACTION SUR LE SYSTEME NERVEUX VEGETATIF

. C'est un sympatholytique puissant, et l'action vasoplégique lui est sûrement due.

. Il n'a pratiquement pas d'action parasympathique.

PHARMACOLOGIE SUCCINTE DU DIP-DOL (Association de 100 mg de péthidine et de 250 mg de diparcol dans 500 cl de sérum glucosé à 5 %).

. Perte de conscience plus ou moins complète du sujet avec amnésie en indifférence.

. Effet analgésique important.

. Effets parasympatholytiques puissants.

. Au point de vue respiratoire : la respiration est calme, ample, non déprimée, avec con-

servation du réflexe de la toux et de la déglutition.

. Le spasme laryngé est supprimé.

oOo

IMPERATIFS TECHNIQUES DE LA CHIRURGIE DU COU .

Les impératifs techniques de la chirurgie du cou sont actuellement bien codifiés et bien connus. Il nous suffira donc de les rappeler et d'insister sur quelques points particuliers.

- Le siège de l'intervention, la position des champs, entrainent l'impossibilité d'accéder aux voies aériennes du malade pendant l'intervention. C'est dire qu'il importera d'assurer la perméabilité des voies aériennes, d'une façon complète et permanente. L'intubation sera donc systématique avec un tube rigide ne pouvant se couder, tube qui sera fixé avec un soin particulier, aussi bien au visage du malade qu'au raccord de l'appareil. Un tamponnement pharyngé sera éventuellement pratiqué chaque fois qu'un saignement bucco-pharyngé sera craint.

- Les interventions sur le cou sont des interventions qui saignent. Elles entrainent des réflexes nociceptifs dangereux et elles sont facteurs de chocs per-opératoires et post opératoires.

Il faudra donc agir de telle sorte que le malade supporte bien sa sonde d'intubation. La respiration spontanée sera favorisée par l'emploi de drogues peu dépressives, On devra veiller à éviter l'hypercapnie par l'emploi d'une valve de Ruben.

Toute poussée congestive devra être proscrite et la dépression des réflexes vagaux sera de règle .

Enfin, le saignement qui peut être gênant pendant l'intervention et qui est facteur de chocs, sera réduit au minimum.

- Les modalités du réveil sont très particulières. Il faut :

. Eviter les nausées et les vomissements,

. prévenir la douleur et l'agitation post-opératoires facteurs de congestion des vaisseaux et de choc,

. Favoriser le réveil rapide et complet, permettant de tousser et de cracher, ce qui évitera les catastrophes dues au spasme de la glotte ou à l'inhalation de sang.

RAISON DU CHOIX DES DROGUES

Il est devenu classique en France, de distinguer quatre éléments dans le complexe anesthésie générale, et, il est logique d'essayer d'appliquer cette notion à l'anesthésie concernant la chirurgie du cou, où l'on désire :

. une narcose convenable , mais non une narcose trop profonde,
. une analgésie nette,
. une myorésolution légère,
. un silence neuro-végétatif parfait.

Donc le choix des drogues sera fonction de ce type d'anesthésie que l'on recherche. De plus, il devra satisfaire à certains impératifs liés à la chirurgie majeure du cou que l'on prend pour sujet : laryngectomie totale ou partielle et curage ganglionnaire.

. La narcose devra être douce, progressive, continue, sans accoup. Elle doit être peu toxique car, ce sont des malades fragiles et les interventions sont longues.

. Le saignement doit être faible pour ne pas gêner l'opérateur et pour éviter le choc.
. La respiration doit être spontanée, ample, régulière.
. La décarboxylation aussi parfaite que possible.

Ces données expliquent le choix du Viadril comme narcotique de base. Il donne en effet :

. un sommeil progressif, doux et régulier,
. une tolérance parfaite de la sonde d'intubation, d'où évite le "bucking",
. une diminution du saignement veineux que favorise de plus une légère hypotension.
. une respiration non déprimée.

Et, sur cette narco-analgésie de base, s'articule :

. une potentialisation de la narcose par le DIP-DOL et le NOZINAN,
. une analgésie et un silence neuro-végétatif obtenus par le DIP-DOL et les CAINES, que potentialise le NOZINAN.

Nous avons donc utilisé pour vérifier le bien-fondé de ce choix théorique l'association :

. VIADRIL-DIP-DOL puis,
. VIADRIL-NOZINAN-DIP-DOL.

oOo

TECHNIQUES D'UTILISATION

Deux groupes de malades ont été choisis dans le cadre de la chirurgie cervicale majeure. Le premier groupe comprenant des cas de curages ganglionnaires pour tumeurs ou cancers bucco-pharyngés. Le second groupe comprenant des laryngectomies totales ou partielles.

Dans chacun de ces groupes, nous avons utilisé dans un premier temps le viadril associé au dip-dol, dans un second temps le viadril associé au nozinan et au dip-dol.

Dans la première technique, un gramme de viadril est dilué dans 250 cl de sérum glucosé à 5%. A cette dilution de 4 °/₀₀, le produit est dans la majorité des cas bien toléré par la veine. Le sérum est posé I5 minutes environ avant le début de l'intervention. La moitié du flacon étant passée en 5 minutes ; le reste en 10 minutes. La T.A., le pouls, la respiration, sont surveillés et, l'oxygénation est assurée au masque dès que le malade est inconscient.

Dans la seconde technique, un gramme de viadril est dilué dans 20 cl de solution de procaïne à 1%, et ce gramme est injecté dans une grosse veine en 20 à 30 secondes. Nous n'avons eu à déplorer aucune complication veineuse. Puis, 25 mg de nozinan sont injectés après avoir été dilués dans 10 cl d'eau bi-distillée.

L'INDUCTION

En huit à dix minutes , le malade s'endort tranquillement sans aucune phase d'excitation, passant insensiblement du conscient à l'inconscient. Les téguments sont colorés et il existe une vaso-dilatation légère du visage.

. les réflexes subsistent encore.
. les sécrétions lacrymales et salivaires sont augmentées.
. la T.A. est légèrement diminuée ; la diminution de l'ordre de 2 à 3 unités porte surtout sur le chiffre de la maxima.
. le pouls est légèrement accéléré.
. la respiration est peu influencée.
. les masseters sont relachés et le malade supporte parfaitement sa canule de GUEDEL.

L'INTUBATION

L'intubation est toujours précédée d'oxygénation sous pression du malade. Elle est relativement aisée car le relachement masseterin est bon. Mais elle est beaucoup

plus facile si l'on y associe une faible dose de penthiobarbital et de curare (d. tubocurarine ou flaxédil).

L'intubation est aréfléxique car les réflexes pharyngés sont abolis et l'irritabilité laryngée diminuée. Nous faisons cependant, une anesthésie locale, et, nous n'omettons pas de lubrifier la sonde (tronothane). Dans ces conditions, la sonde est bien supportée, et nous n'avons pas de "bucking".

L'ENTRETIEN

Il est double par les gaz et par voie intraveineuse.

- Gazeux : par le $N_2 0$, à 50% et 0_2 à 50%, avec des débits de 3 litres/minute chacun.
- par voie intraveineuse :

. Le DIP-DOL : est installé aussitôt après l'injection du viadril-nozinan ou du viadril. Nous associons 250 mg de diparcol à 100 mg de dolosal dans un flacon de 500 cl de sérum glucosé à 5%, le tout passant en une heure environ.

. Cependant , cela est insuffisant dans la majorité des cas pour assurer l'entretien de l'anesthésie. Au cours de l'intervention, il nous faudra utiliser des ré-injections de Penthiobarbital dilué à 2,50 % associé ou non à du Flaxédil, pour maintenir la narcose et le relâchement musculaire.

. De même l'hypotension obtenue peut être insuffisante ou, le saignement peut etre trop abondant. Nous injectons

alors des caïnes (procaïnes ou xylocaïne), plus exceptionnellement de l'hexamethonium.

- Pendant l'intervention nous surveillons attentivement

. la respiration dans son rythme, son amplitude et sa fréquence.
. le pouls dans son rythme et son amplitude.
. la T.A. en prenant minima et maxima.
. le saignement en précisant son abondance, son aspect.
. les phénomènes capillaires au niveau des ongles.

Nous remarquons alors que :

. La respiration reste régulière, ample, avec une fréquence de I6 à 20/minute.
. Le pouls est régulier, bien frappé.
. La T.A. reste stable après avoir diminué au début. Sa maxima se fixant autour de 8 ou 10.
. Le saignement est rarement abondant. Il est peu gênant pour le chirurgien. Les pertes sanguines sont compensées numériquement mais sont faibles.
. L'hématose suivie sur les phénomènes capillaires périphériques et sur l'aspect du sang est satisfaisante.
. Nous n'avons pas eu de choc per-opératoire ni post-opératoire.

LE REVEIL

Le réveil est remarquable par ses trois caractères: rapide, complet et agréable. Il n'y a pas de nausées ni de vomissements. L'extubation est aisée et n'entraine pas de réflexes de toux ; il n'y a aucune tendance au spasme glottique.

. Les secrétions sont faibles mais l'aspiration post-opératoire est systématique et elle est suivie d'oxygénation.
. Le malade peut tousser, cracher, à la demande ou spontanément.
. Trois heures après l'intervention :
  - le malade est assis,
  - sauf contre indication, il peut échanger quelques paroles d'une façon très lucide, (curages)
  - l'alimentation est reprise précocément.
  - Enfin, le retour au climat psychologique habituel de ce malade est rapide.

Nous allons analyser d'une façon détaillée douze observations, 6 de laryngectomies et 6 de curages ganglionnaires, puis nous donnerons une vue d'ensemble des observations par un tableau synoptique.

oOo

Ière OBSERVATION

F... Au.. 62 ans.

- Epithélioma du ventricule D.
- Début des troubles : juin I959
  - . Laryngectomie totale le 6/7/59
  - . Etat général médiocre car le sujet est obèse : 97 kgs - hypertendu : 21/12, avec H.V.G. et emphysémateux.
  - . F.N.S. : GB = I2.400 urée : 0,35
    GR = 4.280.000 hémostase normale
- P.M. : Phénergan + Dolosal + 1/4 atropine
- A.G. : Viadril
  - Sonde sur trachéotomie
  - Pentothal : 0,90
  - L'anesthésie a nécessité 50 cg de novocaïne.
  - Le saignement a été faible. Pas de transfusion.
  - La T.A. s'est maintenue élevée à I7/10

Durée : 3 heures

- Décédé par défaillance cardiaque le I2/7/59.

2ème OBSERVATION

A... Ed.. 62 ans.

- Epithélioma du larynx et du vestibule G.
- Début des troubles en septembre I959.
  - . Radiothérapie : 9.500 r
  - . Hyothyroépiglottectomie et curage ganglionnaire : 29/6/60
  - . Etat général médiocre :67 Kgs TA. 14/7
  - . P.N.S. : GB = 8.8 00 Urée : 0,30
    GR = 5.085.000 Protides : 75 g/litres
  - . Alcoolique E.C.G.: normal
- P.M. : Phénergan + Dolosal + 1/4 atropine.
- A.G. : Viadril : 0,50 + Nozinan : 25 mg
  Sonde en V.
  Penthiobarbital : 0,60 Flaxédil : 60 mg
  DIP-DOL
  Procaine : 20 cg Alcool : 20 cl à 33%
  Une transfusion de sang de 500 cl a été nécessaire.
  La tension se maintient à 10/6 d'une façon stable.
- Réanimation post-opératoire : R.A.S.
  La tension artérielle se maintient à 11/7.
- Durée : 3 h. 45.

3ème OBSERVATION

Gr... G... 61 ans.

- Epithélioma : spino-cellulaire du repli arythénoïdien droit, associé à une paralysie du XII.
- Début des troubles en avril 1960
  - . Radiothérapie : 10.800 r
  - . Pharyngo-laryngectomie totale avec curage ganglionnaire droit le 5/12/60.
  - . Etat général médiocre : 61 kgs T.A. 12/7
  - . F.N.S. : GB = 3.800 urée : 0,30
    GR = 4.600.000 Protides : 80 g/litre
    ECG : normal
- P.M. : Phénergan + Dolosal + 1/4 Atropine.
- A.G. : Viadril 1 g. + Nozinan 25 mg.
  Sonde en V. à ballonet 12 mm
  Penthiobarbital : 0,40 Flaxédil : 40 mg
  Dip-Dol
  Xylocaïne : 40 cg car le malade présentait un saignement gênant.
  Une transfusion de 450 g de sang a été nécessaire
- Durée : 4 h.45
- Réanimation post-opératoire :
  La tension s'est maintenue spontanément à 11/6

pendant les 4 jours qui suivirent l'intervention (T.A. prise toutes les 3 heures).

Protides totaux : 71 g/litre le 4è jour.

4ème OBSERVATION

B... P... 69 ans

- Epithélioma spino-kératinisant du sillon glosso amygdalien gauche sur spécificité ancienne à sérologie positive.
- Début des troubles en décembre I959.
  - . Radiothérapie : 9.800 r.
  - . Intervention : Dargent le I7/12/60.
  - . Etat général médiocre : 59 kgs T.A. I6/9
  - . F.N.S. : GB = 7.300 Urée : 0,30
    GR = 4.900.000 Protides : 76 g/l
    ECG: léger HVG
- P.M. : Phénergan + 1/2 Dolosal + 1/4 Atropine
- A.G. : Viadril 1 g + Nozinan 25 mg.

Sonde en U I4 mm à ballonet après pulvérisation de pentocaïne.

Penthiobarbital : 0,90 g. Flaxédil : 80 mg

Dip-Dol

Xylocaïne : 40 cg car le malade saigne beaucoup.

Pendant l'intervention la T.A. du malade se maintient autour de 9/5.

Le malade recevra 500 + 450 g de sang.

- Durée : 3 h. 35

- Réanimation post-opératoire :

Sérum glucosé à 10% : 500 cl

La T.A. remonte à I5 et s'y maintient.

Le 5è jour chute T.A. et hypertermie due à l'infection de la canule trachéale.

5ème OBSERVATION

M... A..., 42 ans.

- Epithélioma spino kératinisant du larynx
- Début des troubles en janvier I961
  - . Ancien tuberculeux pulmonaire depuis janvier 1960
  - . Laryngectomie le 22/2/61, le malade étant sous traitement antibiotiques anti-tuberculeux.
  - . Etat général mauvais : 51 kgs T.A. : 10/6
  - . F.N.S. : GB = 8.600 Urée : 0,30
    GR = 4.100.000 Protides : 72 g/litre
    hémostase normale ECG normal
- Réanimation pré-opératoire : 500 cl de sang en perfusion la veille de l'intervention.
- P.M. : 3/4 Dolosal + 1 phénergan + 1/4 Atropine + 1 ampoule B_6
- A.G. : Viadril + Nozinan 25 mg
  Sonde en U 14 mm après aspiration
  Penthiobarbital : 0,60 Flaxédil : 40 mg
  Dip-Dol
  La T.A. de 10/5 chute à 8/4 s'y maintient pendant l'intervention.
  Le saignement abondant est compensé par 600 cl de sang.
  Le pouls moins bien frappé cède à 1 g de gluconate de ca.

- Durée : 3 heures

- Réanimation post-opératoire :

Analeptiques cardio-vasculaire : Pressyl-Coramine.

T.A. se maintient à 10/5

500 cl de sang le 3è jour.

6ème OBSERVATION

P... R... 59 ans.

- Epithélioma spino-cellulaire de la face postérieure de l'épiglotte.
- Début des troubles en septembre I960
  - . Radiothérapie du 13/3 au 8/4/61 10.000 r.
  - . Laryngectomie totale + curage ganglionnaire gauche : 2/5/61.
  - . Etat général médiocre : 62 kgs T.A. 10/5
  - . F.N.S.: GB = 8.700 urée : 0,25
    GR = 4.900.000 protides : 66 g/litre
    hémostase normale ECG normal
- P.M. : 1 phénergan + 1 Dolosal + 1/4 Atropine
- A.G.: 1 Viadril + Nozinan 25 mg
  Sonde en V à ballonet
  Penthiobarbital : 0,60 Flaxédil : 40 mg
  Dip-Dol
  Xylocaïne 20 cg
  Le saignement important malgré une T.A. à 8/4 impose : une transfusion de 500 cl, et 500 cl de glucosé à 5% avec 20 cg de Xylocaïne.
  Un pouls petit et une T.A. à 6 de maxima impose l'arrêt de la Xylocaïne et l'injection de 30 cl de sérum glucosé à 30%.
- Durée : 4 heures.
- Réanimation post-opératoire: la T.A. se maintient à 10 de maxima.

7ème OBSERVATION

L... R..., 43 ans.

- Masse rétro angulo-maxillaire droite maligne.
- Curage ganglionnaire le 9/10/59.

. Etat général satisfaisant : 63 kgs TA : I3/7

. F.N.S. : GB = I6.200 Urée : 0,23

GR = 4.950.000 Protides 68 g/l

Hémostase normale ECG normal

- P.M. : 1 Phénergan + 1 Dolosal + 1/4 Atropine.
- A.G. : induction : Penthiobarbital 1 g + D.T. I5 mg.

intubation

Entretien : Penthiobarbital : 2, I25 g.

D.T. : 8 mg

Dolosal : 100 mg

Novocaïne : 70 cg.

La T.A. se maintient parfaitement à I2 de maxima sauf à la 4è heure où il y a une poussée hypertensive.

Il sera nécessaire de passer : 500 cl de sérum glucosé à 5% + 1 adrénoxyl et 500 cl de sang.

- Durée : 5 heures
- Réanimation post-opératoire :

500 cl de sang

spasmalgine car les douleurs sont très importantes.

T.A. se maintient autour de 11 de maxima.

8ème OBSERVATION

J... A... 45 ans

- Cancer du carrefour pharyngo arythenoépiglottique.
- Curage ganglionnaire droit et ablation de la jugulaire : 16/7/59.

. Etat général mauvais : 50 Kgs TA: 13/8

. La malade avait subi une laryngectomie associée à un curage le 9/6/59.

. F.N.S. : GB= I8.000 Urée : 0,20
GR=4.640.000 Protides : 78 g/l.
hémostase normale ECG normal

- P.M. : 1/2 Phénergan + 1/2 Dolosal + 1/4 Atropine
- A.G. : Viadril 1 g

Intubation sur trachéotomie

Penthiobarbital : 1,42 g

Dip-Dol

Alcool : 20 cc

Novocaïne : 30 cg

La TA est relativement élevée à I5 de maxima, mais s'y maintient.

Quelques troubles du rythme nécessitant 10 cg de spartéine.

Sang : 400 cl.

- Durée : 2 h.45
- Réanimation post-opératoire :

R.A.S.
T.A. se maintient autour de 10 de maxima.

9 ème OBSERVATION

D... J. .. 62 ans

- Tumeur du sillon amygdalo glosse gauche.
- Curage ganglionnaire le 8/7/59 après pose d'aiguilles: 11/6/59.

. Etat général bon : 72 kgs TA. I2/7

. F.N.S.: GB = 6.200 Urée : 0,20

GR = 4.400.000 Protides : 81 g/litres

Hémostase normale ECG normal

- P.M.: 1/2 Phénergan + 1 Dolosal + 1/4 Atropine
- A.G.: induction : Viadril I g

intubation : Penthiobarbital 0,75 g

Flaxédil 80 mg

entretien : Dip-Dol

Penthiobarbital 1,50 g

Novocaïne 40 cg

sang : 50 cl

La T.A. s'est maintenue stable autour de 11 maxima.

- Durée : anesthésie 5 heures

intervention 4 h.I5

- Réanimation post-opératoire :

R.A.S.

10ème OBSERVATION

G... L..., 47 ans.

- Epithélioma du bord droit de la langue.
- Curage ganglionnaire le 4/6/50 après aiguillage le 27/I/60.

. Etat général mauvais : 45 kgs TA. 11/6

fébrile - alcoolique

. F.N.S.: GB= 10.800 Urée : 0, 15

GR=4.550.000 Protides 79 g/litre

Bilan hépatique perturbé ECG normal

- Réanimation pré-opératoire

Nombreuses perfusions de sang : dans les 10 jours qui précèdent l'intervention : 250 cl tous les 2 jours.

- P.M. : 1 Nozinan dilué dans 10 cc + 1/4 Atropine.
- A.G.: Viadril 1 g + 1/2 Nozinan

Penthiobarbital 0, 55 g

Flaxédil 80 mg

Dip-dol

Novocaine 40 cg dans 500 cc de glucose à 10%.

La TA se maintient à 8 de maxima.

Saignement faible mais perfusion de 350 cl de sang.

- Durée : 4 heures
- Réanimation post-opératoire :

Petites transfusions de sang 250 cl.

Polyvitamines

Sérum glucosé à 10% + insuline.

11ème OBSERVATION

L... A..., 53 ans.

- Adénopathies sus-claviculaire gauche.
- Curage ganglionnaire le 14/4/61 chez un malade :
  - ayant une tuberculose pulmonaire,
  - ayant subi une laryngectomie totale le II/2/60
  - et de nombreuses interventions plastiques en octobre I960.

  . Etat général médiocre : 58 Kgs T.A.: 11/7

  . F.N.S.: GB=6.400 Urée : 0,50

  GR=4.200.000 Protides 65 g/litre

  Hémostase normale ECG normal

- P.M.: 1/2 Phénergan + 1 Dolosal + 1/4 Atropine
- A.G.: Viadril 1 g + 25 mg Nozinan

  Dip-Dol

  Xylocaïne 20 cg

  Penthiobarbital 0,45 g

  Flaxédil 40 mg

  La T.A. se maintient à 11/7.

  Saignement faible.

- Durée : 2 heures
- Aucun incident post-opératoire.

12ème OBSERVATION

L... R..., 53 ans.

- Epithélioma spino-kératinisant de la langue.
- Curage ganglionnaire sous-maxillaire droit et gauche et carotidien gauche le 28/4/61 après pose d'aiguilles le 28/3/61.

. Etat général médiocre : 49,5 kgs T.A.: 9/5

Pneumothorax droit avec brides

. F.N.S.: GB = 8.900 Urée : 0,25

GR = 4.460.000 Protides 83 g

Glycémie : 1,40 g ECG normal.

- P.M. : 1 Phénergan + 3/4 Dolosal + 1/4 Atropine
- A.G.: 1 viadril + 1 Nozinan

Pentiobarbital : 0,60 g

Flaxédil : 40 mg

Sérum glucosé à 5% avec

Dip-dol

Xylocaïne 20 cg

Alcool 10 cc à 33%

Saignement abondant, mais la T.A. se maintient à 10 de maxima

Perfusion 500 cc de sang.

- Durée : 3 heures
- Réanimation post-opératoire

Douleurs très importantes nécessitant 1/2 Dolosal 1/2 Phénergan toutes les 6 heures. Sang 300 cl.

NOMS	Ages	Durée	DROGUES						Saing.	T.A. (max.)	Remarques
			Viad.	Nozin.	Dip. Dol.	Pentho.	Curares	Autres drogues			
F... A...	62	3	1	0	+	90	Flax. 0	Novo 50	+	≠ 17	R.A.S.
R... F...	55	4	1	0	+	135	0	Novo 20	+	≠ 11	sang 400
M... R...	58	3h30	1	0	+	125	0	Novo 20	+++	instab.	sang 400 ⁄ pulm.
F... M...	60	4	1	0	+	90	0	Dolo 50	+	≠ 11	adrénoxyl glucoséI 0%
R... J...	52	4h30	1	0	+	43	0	Viadril 1g Dolo 70 Alcool 20 Novo 40	++++	≠ 15	sang 4×500
P... L...	59	3	0,50	25	+	40	15	0	+	≠ 8	sang 450 rupture jugul.
A... E...	62	3h45	0,50	25	+	60	60	Alcool 20 Novo 10	++	≠ 10	sang 500
N... F...	55	4h15	0,50	25	+	135	40	Novo 20	++	≠ 12	sang 600
M... R...	58	3	1	25	+	50	50	Novo 20	+	≠ 10	sang 500
L... R...	68	2h30	1	25	+	40	40	Novo 20	+	15 puis ≠11	sang 450
G... G...	61	4h45	1	25	+	80	40	xylo 20	++	12 puis ≠ 8	sang 450
M... F...	56	4h40	1	25	+	75	80	xylo 20 Hexameth. 20	++	10 puis ≠ 7	sang 500
M... A...	42	3	1	25	+	95	70	0	+	10 puis ≠ 8	sang 450
P... R...	59	4	1	25	+	60	50	xylo 20	++	14 puis ≠ 8	sang 500 glucosé 30% : 30cl
B... J...	39	3	1	25	+	115	35	Alcool 20	+	12 puis ≠ 8	0
B... P...	69	3h25	1	25	+	90	80	Hexameth 23	++	13 puis ≠ 7	0

Ce tableau de LARYNGECTOMIES permet de constater que :

- L'âge moyen est nettement supérieur à 50 ans, et la durée des interventions oscille autour de 4 h.
- Les doses de Penthiobarbital sont relativement faibles (la majorité a reçu moins d'un gramme), compte tenu de la durée d'intervention ; l'association du Nozinan au Viadril semble accentuer ce fait.
- La stabilité de l'anesthésie est considérablement améliorée. Les courbes de T.A. de pouls , et de rythme respiratoire en faisant foi.

- Les quantités de sang nécessaires sont faibles, de l'ordre de 1 flacon soit 500 cc.

- Les chutes T.A. ne sont jamais considérables, et la maxima après une chute de 2 à 3 Unités se maintient entre 8 et 10.

- Le saignement est le plus souvent peu important (le nombre de croix du tableau indiquant son importance).

- Nous noterons enfin, qu'il n'y a eu aucun choc per et post-opératoire au cours de ces interventions réputées choquantes. D'autre part, l'angoisse post-opératoire ainsi que l'agitation liée à la tolérance de la canule a cédé depuis l'emploi du Nozinan.

NOMS	Ages	Durée	DROGUES						Saign.	T.A. (max.)	Remarques
			Viad.	Nozin.	Dip-Dol.	Pentho	Curares	Autres drogues			
L... R...	35	5	0	0	0	312	24dt	dolo 100 novo 20	++	≠ 12	sang 450
D... J...	62	4h15	1	0	+	237	80F	novo 40	++	14puis ≠ 8	sang 500
J... A...	45	2h45	1	0	+	142	0	alcool 20 c c	+	≠ 13	sang 500
C... F...	64	4h30	1	0	+	140	40celo	novo 30	+	≠ 12	0
B... C...	58	3	1	0	+	100	40celo	novo 20	+++	≠ 10	sang 800
F... G...	43	4h30	1	0	+	200	40celo	novo 20	+	≠ 12	sang 250
A... R...	55	2	1	0	+	40	60F	0	+	≠ 12	sang 500
G... L...	47	4	1	13	+	35	80F	novo 40	+	10puis ≠ 8	0
A... A...	55	3h30	0,50	25	+	25	80F	novo 40	++	18puis ≠ 11	sang 400
F... G...	79	3	0,50	25	+	55	80F	novo 20	++	≠ 8	sang 900 E.G. précaire Aryth. compl.
Ban. GU..	63	4	0,50	25	+	25	40F	novo 20	+	≠ 11	sang 400
Bat. Ga..	63	5h30	0,50	25	+	85	80F	xylo 40 Hexamine 10	++	16puis ≠ 12	0
C... E...	55	3	1	25	+	30	60F	2 adrénoxyl	+++	≠ 8	0
H... M...	55	2h25	1	25	+	30	80F	alcool 10 Xylo 10	++	≠ 12	sang 500
T... G...	54	2h30	1	25	+	25	60F	Xylo 10	++	≠ 11	sang 400
L... A...	54	2	1	25	+	40	40F	Xylo 10	+	≠ 13	0
L... P ..	55	3	1	25	+	45		Xylo 10 Alcool 10	+++	instable ≠ 12	sang 500

Ce tableau de CURAGES GANGLIONNAIRES permet de constater que :

- L'âge moyen est de l'ordre de 55 ans avec deux extrêmes 35 et 79 ans. La durée moyenne est de l'ordre de 4 h. avec comme extrêmes 5 h. 30 et 2 h.

- Le terrain est en général mauvais car ce sont des malades fatigués, amaigris, parfois fébriles, souvent tarés et qui ont reçu la radiumpuncture.

- Les doses de Penthiobarbital ont été particuièrement faibles surtout depuis l'emploi de Nozinan (aucun malade n'a reçu plus de 85 cg depuis l'emploi du Nozinan)

- La stabilité de l'anesthésie est remarquable.

- Le saignement a été négligeable et les quantités de sang reçues n'ont jamais été en moyenne supérieures à 500 cc.

- Il n'y a eu aucun choc ni per, ni post-opératoire.

- Le réveil a été remarquable par la rapidité et le confort du malade.

CONCLUSIONS

L'étude de ces 34 cas de chirurgie cervicale majeure nous a paru finalement justifier les associations Viadril-Dip-Dol et Viadril-Nozinan-Dip-Dol.

Il n'est pas inutile de préciser qu'il s'agissait dans la plupart des cas de sujets âgés, souvent tarés (fréquence de la tuberculose et de l'alcoolisme). A la maladie cancéreuse, s'ajoutait souvent l'altération d'un organisme soumis à la radiumpuncture préopératoire. Certains malades, même, avaient déjà subi des interventions majeures. Bien que l'équilibre biologique recherché se rapprochât souvent de la normale, l'état général était presque toujours cliniquement précaire.

Enfin, conscients le plus souvent de la nature de leur maladie et de la gravité de l'intervention, les sujets étudiés se trouvaient être soit des "anxieux", soit des "résignés" : deux états psychiques aussi défavorables l'un que l'autre au stress opératoire.

Or, les qualités de l'anesthésie obtenue paraissent avoir été bonnes. L'induction lente, progressive, a permis une perte de conscience douce et quasi insensible, l'angoisse étant réduite au minimum.

L'intubation a pu être faite dans d'excellentes conditions excluant les réflexes laryngés en particulier. L' anesthésie elle-même, bien que de longue durée, est demeurée stable et régulière. Les états de choc ont été évités et l'hémorragie, souci majeur du chirurgien et cause essentielle des accidents graves, a rarement été le volume notoire.

Le Viadril semble rester le principe artisan de ces données bénéfiques par un triple mécanisme :

- meilleures tolérance du tube excluant le "bucking"
- stabilité de l'anesthésie et de la ventilation,
- hypotension relative.

Nous ne reviendrons pas sur cette véritable "indifférence laryngée à l'intubation" désormais classique. La stabilité de l'anesthésie liée à l'étalement des effets du Viadril, réclame quelques correctifs puisque des réinjections de barbituriques en particulier ont été souvent nécessaires : la narcose de base due à l'hydroxydione reste un fait indéniable cependant.

La ventilation facilitée par une intubation bien

tolérée, une oxygénation large, une décarboxylation efficace, a parfois nécessité une assistance manuelle. Souvent aussi, elle était spontanément suffisante : le stade de curarisation a toujours été réduit au minimum, l'aide transmise au ballon risquant de rester peu efficace à longue distance des voies aériennes.

Quant à l'hypotension , si elle a paru plus marquée dans les cas où l'on faisait intervenir le Nozinan, elle était constante mais modérée avec le Viadril seul, diminuant le saignement, sans atteindre les zones de pression vasculaire dangereuses.

En ce qui concerne le réveil, il s'est toujours manifesté complet et rapide dès la fin de l'intervention. La douleur post-opératoire était réduite excluant pratiquement les antalgiques ; l'agitation exceptionnelle a disparu pratiquement depuis l'emploi du Nozinan.

Sur un plan plus général, il n'est pas inutile de préciser que si nous avons joint de façon un peu artificielle deux types d'intervention majeure (laryngectomies et curages ganglionnaires) pour des raisons dictatiques, il nous a paru dans la grande majorité des cas que le second type d'intervention (curages ganglionnaires) nécessitait une dose moindre d'hypnotiques (barbituriques-viadril) et une surveillance plus étroite en relation avec un état général souvent plus précaire .

Il reste donc probable que dans l'état actuel des données pharmacologiques, les associations Viadril-Dip-Dol et Viadril-Nozinan-Dip-Dol restent une heureuse formule pour répondre aux besoins de l'anesthésie générale en O.R.L. majeure.

oOo

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. M. AUBRY Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

BENDA (MR) ORINSTEIN (E) NATAF (R)
Sur l'emploi d'un stéroïde anesthésique en pratique bronchologique : St Med. Hôpitaux Paris I7/4/56 (I2-I3, 377-80).

BORUYARD (P)
Pharmacologie de l'Hydroxydione : entretien d'anesthésiologie Montpellier : 23/1/58.

BARTH (R) ADRIANI (J)
The use of Viadril as an intravenous anesthetic in surgical patients : Southern Med. J. 49 I275, 8/II/56

BRYCE-SMITH (R)
Anaesthesia with hydroxydione : British J. Anaes. 31, 6, 26268 Juin I959.

CATTANES (A.D.) GEMMA (GB) BOCCIARELLI (G)
Anestesia stéroïda in chirurgia plastica : Minerva Anes.23 . I957.

DECOURT A.P.
La lévomépromazine en anesthésiologie
Xè Congrès F. d'Anesthésiologie Lyon I959
9/10/11 juillet.

ELKUN B.A.
Les ganglioplégiques et les neuroplégiques dans les interventions chirurgicales en O.R.L.
(Vestn ORL I959 5; 2I-7, in Abst Sov. med. I960 4, 3, p. 862/863.

FREY (R) BRASS (W)
Zur kombination der steroïd-narkose mit barbituren. (der Anes. 8, 4, 97-101, avril I959).

GOSSEREZ M., M. KURTZ
Renouveau de l'anesthésie locale en chirurgie faciale, ORL et stomatologique : l'anesthésie locale potentialisée.
Gazette Médicale de France 1960, 67, 23, p. 2483/86.

HUGUENARD (P), LABORIT (H)
Note préliminaire sur le stéroïde narcotique, le succinate sodique de 2I H.(Anest. Anal. I3, 1, 165-184. Janv. Fév. 56).

HUGUENARD (P) KERN (E)
Anesthésiques IV. Pharmacologie et pratique du Viadril. Xè Congrès d'Anesthésiologie. Lyon 59.

JACQUENOUD (P)
Indications anesthésiques en anesthésiologie: cahiers d'anesthésiologie - 4, 3, 235-54, Nov. 56.

KERN (E) Anesthésie stéroïde. Cahiers d'anesthésiologie 4, 7, 557/71, Mai, juin I957.

KERN (E) Indication particulière de l'anesthésie stéroïde Anesthésie-analgésie XIV 3, 553/64 Mai - Juillet 57.

LABORIT (H)
Presse Médicale 62, 44, 936, I954.

LABORIT, HUGUENARD, DOUZON, WEBER, GRUTTARD
Etude physiologique et clinique d'un stéroïde anesthésique, le succinate sodique de 2I H.
Presse Médicale 63, 83, I725-27, I4/I2/55.

LUSIEUX (Mlle)
Le Viadril dans les interventions sur la face et le cou : Montpellier Médical - 102è année - TLV n° 4.

LEVI (S)
Intérêt du Viadril en ORL. Anesthésie analgésie XV, 3, 498/503 - juin 58.

MOREL FATIO (D)
A propos de 200 cas d'anesthésie de base (Dip-Dol) plus locale en chirurgie réparatrice : St. Fran. Anesthésie et analgésie - I6/I/55 en anesthésie I955 I2, 1, p. 348.

MORISOT (D)
L'association DIP-DOL comme anesthésie de base : anesthésie analgésie I955 - I2, 2, p. 358.

PIOLINO (E)
Problèmes et possibilités de l'anesthésie générale dans le domaine ORL : annales d'ORL I959 - 76, I2, p. 1051

POMAGNOLI, COHEN, DIAMOND
Etude clinique de la lévomépromazine en anesthésie. Can. Anesth. Soc. J. I959 ; 0, 3, p. 263/66.

PRUNIER - PIAGET
Bilan de 4 ans d'anesthésie générale dans le service ORL : Journal français ORL et chirurgie maxillo-faciale. col. VII, n° 3, avril 58.

RAVINA Premières applications pratiques des stéroïdes à l'anesthésie humaine : Presse Médicale 63, 72, I479 - 2/11/55.

TERRIER G.
Emploi du Viadril comme anesthésique général en ORL. Practica ORL - 21/1/8 I959 (ZURICH).

AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-Ve
Telephone : ODÉon 58-90